

HUISARTSEN KRIMPEN MIDDEN



J.F.M. BLANKERS
C.L. VAN DALSEN
W.J. TEN HOEVE
M.K. LIEM &
M.G. MES-KROWINKEL
GEZONDHEIDSCENTRUM
GROENENDAAL 1
2922CJ KRIMPEN AAN DEN IJSSEL
WWW.HUISARTSKRIMPEN.NL
T 0180 512152
F 0180 229062

AANVRAAGFORMULIER INZAGE, AFSCHRIFT, CORRECTIE, Vernietiging, OF OPVRAGEN MEDISCHE GEGEVENS.

Gegevens patiënt(e) (zelf in te vullen vanaf 16 jaar en ouder):

Achternaam en voorletters	
Meisjesnaam	
Geboortedatum	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	
Email	

Onderstaande alleen invullen als de aanvrager iemand anders is dan de patiënt(e) (uitsluitend toegestaan als het kinderen jonger dan 16 jaar betreft):

Naam aanvrager	
Relatie tot patiënt	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	
Email	

HUISARTSEN KRIMPEN MIDDEN



J.F.M. BLANKERS
C.L. VAN DALSEN
W.J. TEN HOEVE
M.K. LIEM &
M.G. MES-KROWINKEL
GEZONDHEIDSCENTRUM
GROENENDAAL 1
2922CJ KRIMPEN AAN DEN IJSSEL
WWW.HUISARTSKRIMPEN.NL
T 0180 512152
F 0180 229062

Verzoekt om:

- Inzage medisch dossier
- Afschrift van (deel van) medisch dossier
- Correctie van objectieve gegevens in uw dossier
- Vernietiging van objectieve gegevens in uw dossier

Geeft toestemming aan:

(relatie tot patiënt(e): vader/moeder/partner/dochter/zoon/mantelzorger*)

Voor het opvragen van: mijn medische gegevens / uitslagen*.

U mag ten alle tijde uw toestemming weer intrekken, graag ontvangen wij hier van u zelf bericht over.

Indien u om (een deel van) uw medisch dossier heeft gevraagd, dient u dit zelf op te halen bij de praktijk, tenzij er door patiënt(e) zelf nadrukkelijk toestemming is verleend dat iemand anders dit mag doen.

Ondertekening patiënt(e) / aanvrager*:

Plaats:

Datum:

Handtekening:

* Doorhalen wat niet van toepassing is

Wij verzoeken u dit formulier persoonlijk te overhandigen aan de assistente en uw ID-bewijs mee te nemen, zodat uw identiteit kan worden geverifieerd.